

**I.- ANTECEDENTES GENERALES**

<b>Nombre Empresa</b>	Ascensores SCHINDLER Chile S.A.	<b>Rut Empresa</b>	93565000-3
<b>Nombre Ejecutivo</b>	Paula Palacios	<b>Rut Ejecutivo</b>	
<b>Nombre Corredor</b>	Directa	<b>Rut Corredor</b>	
<b>% de Intermediación</b>	Sin Intermediación	<b>Renovación</b>	
<b>Fecha Propuesta</b>	02-11-2016		
<b>Vigencia Ppta.</b>	30 días		
<b>Nombre Producto</b>	G3 mas dental		

**II.- COBERTURAS**

**II.1- SEGURO COLECTIVO DE SALUD - POL 320131486**

Este seguro reembolsa, como complemento del Sistema Previsional de Salud de cada asegurado, los gastos médicos razonables y acostumbrados, en que se haya incurrido efectivamente un asegurado, a consecuencia de una incapacidad cubierta por este contrato de seguro y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza.

Los términos, proporciones, límites y condiciones de cobertura, se encuentran definidos en el Plan de Reembolsos, incluido en el Cuadro de Condiciones y Características siguiente:

**Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza**  
**Plan de Reembolsos**

	Cobertura	% de Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual Cobertura UF	Tipo Tope
<b>BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>	Día Cama Hospitalización	80%	2,00 UF		Personal
	Día Cama UTI/UCI	80%	4,00 UF		Personal
	Servicios Hospitalarios	50%			Sin Tope
	Honorarios Médicos	50%			Sin Tope
	Cirugía Ambulatoria	50%			Sin Tope
<b>BENEFICIOS DE MATERNIDAD</b>	Parto Normal	80%	8,00 UF		Personal
	Cesárea	80%	10,00 UF		Personal
	Complicaciones Embarazo	80%			Sin Tope
	Aborto No Voluntario	80%			Sin Tope
<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS</b>	Grupo Medicamentos			10,00 UF	Personal
	Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes	50%			
	Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores	50%			
	Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos	50%			
	Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes	80%			
<b>BENEFICIOS AMBULATORIO</b>	Consultas Médicas	60%			Personal
	Exámenes de Laboratorio	60%			Sin Tope
	Exámenes de imagenología, Radiografías, Ultrasonografías y Medicina Nuclear	60%			Sin Tope
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos	60%		60,00 UF	Personal
<b>BENEFICIOS DE SALUD MENTAL</b>	Gastos Ambulatorios por Consultas de Psiquiatría y/o Psicología	60%	0,50 UF		Personal
	Gastos Hospitalarios	60%		10,00 UF	Personal

<b>BENEFICIOS ESPECIALES</b>	Gastos por Óptica	50%		6,00 UF	Personal
	Audifonos	50%		20,00 UF	Personal
	Prótesis y Órtesis	50%		20,00 UF	Personal
	Servicio de Ambulancia Terrestre	50%		2,00 UF	Personal
	Fonoaudiología	50%	0,30 UF		Personal
	Terapia Ocupacional	50%	0,30 UF		Personal

<b>Tope Anual Cobertura en UF</b>	300,00 UF
-----------------------------------	-----------

<b>DEDUCIBLE</b>	<b>Por Asegurado (*)</b>		0,00 UF
	<b>Por Grupo Familiar</b>	Titular Solo	0,00 UF
		Titular + 1 Carga(s)	0,00 UF
		Titular + 2 Cargas o	0,00 UF

(\*) El deducible por asegurado se aplicará a un máximo de tres asegurados por grupo familiar.

<b>Módulo</b>	HOS6-AMB66-DEN119-MED3-MAT11-APA84-ADI50-SME144
<b>Código Plan</b>	MODI74
<b>Información CN</b>	Según Nómina
<b>Módulo CN</b>	CN5

**Plan Cargas Especiales (Cod. Plan MODV02)**

	<b>Cobertura</b>	<b>Porcentaje Reembolso</b>	<b>Tope prestación UF</b>	<b>Tope anual cobertura UF</b>	<b>Tipo Tope</b>
<b>Beneficios de Hospitalización</b>	Día Cama	80%	2 UF		Personal
	Día Cama UTI/UCI	80%	4 UF		Personal
	Servicios Hospitalarios	50%			Sin Tope
	Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%			Sin Tope
	Cirugía Ambulatoria	50%			Sin Tope
<b>Beneficios Ambulatorios</b>	Consultas Médicas	50%	0,3 UF		Personal
	Exámenes de Laboratorio	35%			Sin Tope
	Exámenes de Imagenología, Radiografías, Ultrasonográficas y Medicina Nuclear	35%			Sin Tope
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos	35%		60 UF	Personal

<b>Tope Anual Cobertura en UF</b>	100
-----------------------------------	-----

No obstante lo anterior, para los casos que a continuación se indican, los términos de cobertura se ajustarán a lo siguiente:

- En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa, se aplicará una rebaja del 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos.
- En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se aplicará una rebaja de 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos, con excepción de medicamentos ambulatorios, y los siguientes Beneficios Especiales:

Gastos por óptica
-------------------

- Gastos médicos incurridos en el extranjero:

- Los gastos médicos incurridos en el extranjero tendrán cobertura por esta póliza sólo en caso de Atención de Urgencia Vital y siempre que el Sistema de Salud Previsional del asegurado haya reembolsado dichas prestaciones. Se entenderá por Atención de Urgencia Vital, todo estado de salud que corresponda a una situación en la cual existe un peligro inmediato, real potencial para la vida del asegurado, o riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe atención calificada sin demora
- En estos casos los porcentajes reembolso establecidos en el Plan de Reembolsos se reducirán en 50%.



•	Cirugías Oculares producto de patologías que sean diferentes a aquellas que se realicen para fines de corrección de vicios de refracción, se reembolsarán bajo el Beneficio de Hospitalización, bajo el ítem Cirugía Ambulatoria.
•	Los gastos derivados del tratamiento de malformaciones congénitas serán reembolsados durante la vigencia de esta póliza siempre que el asegurado haya sido incorporado al nacer o tenga un mínimo de 5 años de permanencia en Vida Cámara S.A.
•	Se levanta la exclusión del artículo número 8 letra y) de la POL por lo que se dará cobertura a los gastos que fueron reembolsados por el fondo de los excedentes de cotizaciones del sistema de Isapre al cual pertenece el asegurado.
•	Esta cotización considera una adhesión mínima de la nómina inicial informada del 88% al seguro, tanto para Titulares y Cargas, de no cumplir el porcentaje mínimo de adhesión se deberá Re-Cotizar y esta cotización quedará sin efecto.

## II.2- COBERTURA DENTAL

a) Esta cláusula adicional, reembolsa como complemento al Sistema Previsional de Salud, los gastos dentales razonables y acostumbrados que haya incurrido efectivamente cada asegurado titular, cónyuge o conviviente civil o conviviente no civil con hijos en común e hijos, a consecuencia de enfermedad o accidente de origen odontológico cubierta por este contrato de seguros y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza.

La Compañía de Seguros considera como gasto razonable y acostumbrado aquel que no exceda el 100% del valor asignado para esa prestación en el arancel de referencia del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca un porcentaje diferente.

En el caso de que el gasto dental reclamado exceda al tope de la prestación del arancel estipulado en el párrafo anterior, los porcentajes de reembolso se aplicarán sobre dicho tope.

Los términos, proporciones, límites y condiciones de cobertura, se encuentran definidos en el "Plan de Reembolso Dental", incluido en el "Cuadro de Condiciones y Características" siguientes:

**Cuadro de Condiciones y Características Plan de Reembolso Dental**

	Cobertura	Porcentaje Reembolso Convenio	Porcentaje Reembolso Libre Elección
<b>DENTAL BASICA</b>	Radiología Intraoral	50%	50%
	Higienización o Limpieza	50%	50%
	Endodoncia	50%	50%
	Odontopediatría	50%	50%
	Operatoria Dental sin Laboratorio	50%	50%
	Cirugía Bucal Simple	50%	50%
	Consulta Dental	50%	50%
<b>DENTAL ESPECIALIDAD</b>	Radiología Oral	50%	50%
	Operatoria Dental Completa	50%	50%
	Periodoncia	50%	50%
	Cirugía Bucal Completa	50%	50%
	Disfunción	50%	50%
	Prótesis Fija	50%	50%
	Prótesis Removible	50%	50%
	Implantes Dentales	50%	50%
Laboratorio dental	50%	50%	
<b>ORTODONCIA</b>	Ortodoncia	50%	50%
<b>Tope Anual Cobertura Dental en UF</b>		10,00 UF	

<b>DEDUCIBLE</b>	<b>Por Asegurado (*)</b>		0,00 UF
	<b>Por Grupo Familiar</b>	Titular Solo	0,00 UF
		Titular + 1 Carga(s)	0,00 UF
		Titular + 2 Cargas o	0,00 UF

(\*) El deducible por asegurado se aplicará a un máximo de tres asegurados por grupo familiar.

**Módulo Dental** DENI74